

令和 年 月 日

栃木県後期高齢者医療広域連合長

被保険者

氏名

印

令和 2 年 分 収 入 見 込 額 申 告 書

新型コロナウイルス感染症の影響により、世帯主の令和 2 年中の収入見込額は、次の内容に相違ないことを申告します。

1 世帯主

氏名：

2 世帯主の減収が見込まれる収入について（※別紙内訳を添付してください）

収入の種類	①令和元年中の 収入額	②令和 2 年中の 収入見込額	③保険金、損害賠償等により補てんされる金額	減少率 (%) {①-(②+③)} / ① × 100
	円	円	円	%
	円	円	円	%
	円	円	円	%
	円	円	円	%

※ 減少が見込まれる収入が複数ある場合は、それぞれ記入してください。

※ 対象となる収入は、給与収入、事業収入、不動産収入、山林収入です。

※ 減少率が 30%未満の場合は対象となりません。

※ 令和元年中の収入額について、申告書の写しなど状況の分かる書類を提出してください。

※ 令和 2 年中の収入見込額について、別紙「令和 2 年分収入見込額申告書の内訳」に記載し、給与収入明細書や帳簿の写しなど、状況の分かる書類を添付してください。

◎世帯主の減収が見込まれる収入について、事業等の廃止・失業の場合は、該当する方を○で囲んでください。

事業等の廃止 ・ 失業

※該当する場合は、廃業届など状況の分かる書類を添付してください。

(別 紙)

令和 2 年分収入見込額申告書の内訳

1 世帯主

2 令和 2 年中における世帯主の減収が見込まれる収入の内訳

月	収入の種類					
	()			()		
月	該当に○	金額	備考	該当に○	金額	備考
1月	確定見込	円		確定見込	円	
2月	確定見込	円		確定見込	円	
3月	確定見込	円		確定見込	円	
4月	確定見込	円		確定見込	円	
5月	確定見込	円		確定見込	円	
6月	確定見込	円		確定見込	円	
7月	確定見込	円		確定見込	円	
8月	確定見込	円		確定見込	円	
9月	確定見込	円		確定見込	円	
10月	確定見込	円		確定見込	円	
11月	確定見込	円		確定見込	円	
12月	確定見込	円		確定見込	円	
計		円			円	

※給与収入明細書や帳簿の写しなど、状況の分かる書類を添付してください。